

Estado de Illinois  
 Departamento de Ayuda para el Empleo  
Registro de Extensión de los Beneficios en la Búsqueda de Trabajo



Fecha:

Número de Seguro Social:

Nombre:

Término de la 1° Semana  
 Término de la 2° Semana

Fecha para enviar por Correo o Fax

Dirección de Correo:  
 IDES  
 PO Box 4370  
 Fairview Heights, IL 62208

Número de Fax: 866-997-0238

Para tener derecho a la Extensión de los Beneficios del Estado (EB) usted debe hacer un esfuerzo SISTEMÁTICO Y SUSTENTADO para encontrar trabajo y entregar un registro de su búsqueda de trabajo a nuestro departamento. Usted debe **tener como mínimo cinco contactos de empleadores por semana y solicitar a un trabajo como mínimo tres días durante la semana que este solicitando los beneficios, y diariamente hacer esfuerzos positivos para encontrar trabajo. Si solicita EB para una semana en la cual no cumple estos requisitos, usted no tendrá derecho a los beneficios para esa semana y para los pagos en las semanas futuras del EB hasta que vuelva a trabajar y recalifique.** Si no reúne los requisitos para la búsqueda de trabajo, usted debería de “no solicitar” los beneficios para la(s) semana(s) correspondiente (s) cuando llame al TeleServe. En este formulario, marque la(s) semana(s) que desea “no solicitar”. Al no solicitar los beneficios para esa (s) semana(s) en TeleServe, evitará el pago de la(s) semana(s) en la cual usted no reunió los requisitos, sin causar la negación de los pagos para las semanas futuras. **Se recomienda que retenga una copia de este formulario. Si extravía este formulario, podrá obtener uno nuevo en nuestro sitio de Internet en [www.ides.illinos.gov](http://www.ides.illinos.gov). No necesita entregar este formato si usted se ha inscrito en un entrenamiento aprobado de Asistencia de Reajuste Profesional (TRA) o cualquier otro programa de entrenamiento aprobado por la IDES.**

Si usted está solicitando los beneficios para las semanas mencionadas arriba, indique abajo cuáles fueron los esfuerzos que hizo para obtener trabajo para esas semanas y envíe este formulario por FAX o CORREO en la fecha que arriba se indica. **EL INCUMPLIMIENTO TENDRÁ COMO RESULTADO LA NEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS Y DE UN SOBRE PAGO.**

Contacto Fecha	Nombre del Empleador y Dirección	Persona Contactada, si corresponde	Método de Contacto	Tipo de Trabajo Buscado	Resultados
<b>Término de la 1° Semana</b>					
<b>Término de la 2° Semana</b>					

Firma:

Fecha:

CLI013F

EBWS10/2011